

ANALISIS BIAYA OBAT UNTUK PENYAKIT KEBIDANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT (SEBELUM DAN SELAMA KRISIS)

Martuti Budiharto,¹ Tati Suryati,¹ Ingan Tarigan¹

ABSTRACT

An explorative survey on obstetrics drug cost had been conducted in three hospitals, in Jakarta. The three hospitals were type B governmental hospital, private hospital (I) has 200 beds hospital and private hospital (II) has 170 beds respectively. Medical record data were collected. They were collected purposively, 10% of population number, started from January–May 1997 (before crisis) and January–May 1998 (during crisis). The sample size both at the Governmental hospital and at the private hospital were (I) before crisis 112, and during crisis 113, at the private hospital (II) both of before and during crisis 75 samples respectively. Results showed that the quality of medical records in 3 hospitals selected still have not clear, complete and correct yet. Drug services profile showed that there's no significant differences between before and during crisis at the governmental hospital. It was identified that drug supplied 1–3 items, 4–6 items and more than 7 items. Meanwhile at the private hospital (I) showed that there's significant differences, especially when drug supplied 1–3 items increase from 31,8% before crisis, up to 53,4% during crisis. Evenly, the private hospital (II) drug supplied 1-3 items increased from 47,4% before crisis, up to 63,7% during crisis. Obstetrics drug cost for 7 item drugs supplied increased from Rp. 74.000,- (before crisis) up to Rp. 152.000,- (during crisis). Similarly at the private hospital (II) the drug cost for obstetrics cases increased by two times for 7 item drug supplied, that was Rp.198.000,- to Rp.406.000,-. There's no difference between before and during crisis for generic drug utilization even at the Governmental Hospital or private hospitals. Since drug cost of some diseases might be compared by a different period, the samples must be in a sizeable for getting a responsible value.

Key words: expenses, drugs, obstetrics

LATAR BELAKANG

Inflasi sebagai suatu fenomena perekonomian adalah suatu proses kenaikan harga secara terus-menerus yang dapat disebabkan oleh faktor moneter maupun faktor struktural yang secara langsung mempunyai pengaruh terhadap sendi-sendi masyarakat.

Krisis moneter di kawasan Asia, terutama di Indonesia telah membuat nilai tukar rupiah terhadap dolar AS semakin terpuruk dengan fluktuasi yang tidak dapat dijelaskan oleh pasar. Pada industri pelayanan kesehatan di Indonesia, krisis moneter tersebut berdampak langsung terhadap keseimbangan pasar dimana pertemuan suplai dan permintaan untuk suplai medis dan bedah yang bahan bakunya berasal dari luar negeri, dan tentunya harus dibayar dengan dolar AS, telah bergeser kearah atas dengan cepat.

Salah satu ciri industri pelayanan kesehatan yang sangat terkait dengan permintaan konsumen adalah *uncertainly* konsumen yang secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi keseimbangan pasar tersebut.

Dari aspek pembiayaan kesehatan, *double burden* akibat transisi epidemi yang mulai bergerak akan sangat berpengaruh dimana preventif versus kuratif akan turut bergeser menjadi kuantitatif versus kualitatif, yang tentunya akan sangat mewarnai dalam proses pengambilan kebijakan di bidang kesehatan di negara kita yang sedang mengalami krisis moneter ini.

Di sisi lain bila diperhatikan dengan seksama maka salah satu penyebab awal dari lonjakan biaya industri pelayanan kesehatan adalah belum adanya patokan biaya standar terhadap setiap jenis biaya

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Percetakan Negara No. 23 A, Jakarta 10560
Korespondensi: Martuti Budiharto
Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan
Jl. Percetakan Negara No. 23 A, Jakarta 15610
Email: tutibs@litbang.depkes.go.id

pelayanan kesehatan (*unit cost per illness*), baik yang dibayar langsung maupun dibayar oleh pihak ketiga atau asuransi.

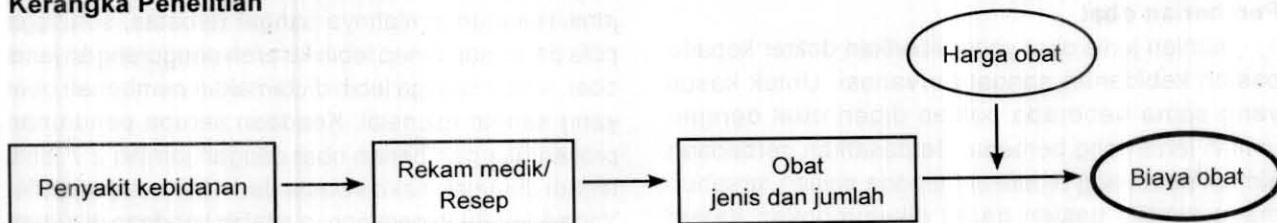
Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 menyatakan bahwa angka kematian maternal 373 per 100.000 kelahiran hidup atau 358 kematian maternal per 100.000 ibu hamil, selain itu 3 (tiga) macam komplikasi ibu hamil dikenal sebagai penyebab sebagian besar kematian maternal yakni perdarahan, pre-eklampsia dan infeksi. Oleh karena itu penyakit kebidanan perlu lebih diperhatikan dan perlu diteliti, termasuk biaya pelayanan kesehatannya. Mengingat biaya obat merupakan komponen biaya terbesar, maka biaya obat yang digunakan dalam pelayanan tersebut perlu diketahui.

Dengan berpijak pada masalah di atas, dan terutama di saat krisis/perlu diketahui biaya obat yang digunakan untuk pengobatan penyakit tersebut dibandingkan keadaan sebelum krisis. Makalah ini bertujuan untuk mengetahui perkisaran bobot atau beban biaya pelayanan obat terkait pada penyakit kebidanan sebagai bahan pertimbangan atau pendukung dalam penyusunan biaya pelayanan kesehatan (*unit cost per illness*) di rumah sakit tersebut.

METODE

Jenis dan jumlah obat yang digunakan untuk pengobatan penyakit kebidanan, didapat dari resep atau rekam medik masing-masing pasien. Sementara harga obat diperoleh dari daftar obat yang berlaku pada saat sebelum krisis (Januari–Mei 1997) dan selama krisis (Januari–Mei 1998). Dari kedua data dapat diperoleh biaya obat secara keseluruhan dengan cara mengalikan jumlah obat dengan harga obat yang berlaku saat itu dari setiap jenis obat. Kemudian biaya per jenis obat dijumlahkan.

Kerangka Penelitian



Kegiatan ini merupakan survei eksploratif menggunakan data sekunder berupa data rekam medik (RM) di rumah sakit, yaitu rumah sakit pemerintah kelas B, dan 2 (dua) rumah sakit swasta. Data RM yang dikumpulkan meliputi umur, lama hari rawat, diagnosis utama, penyakit pemberat, jenis dan jumlah obat, serta harga obat pada saat kasus terjadi yaitu pada bulan Januari–Mei 1997 (sebelum krisis) dan Januari–Mei 1998 (selama krisis). Data sekunder lain berupa informasi kinerja rumah sakit diperoleh dari laporan tahunan rumah sakit. Data di atas dianalisis secara deskriptif.

Besar sampel ditetapkan secara purposif yaitu 10% dari populasi setiap rumah sakit. Sehingga jumlah sampel secara keseluruhan dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Jumlah sampel kasus di Rumah Sakit, tahun 1997 dan 1998

Rumah Sakit	Jumlah Kasus	
	1997	1998
RS. Pem. Kelas B	112	113
RS. Swasta I	112	113
RS. Swasta II	75	75
Jumlah	299	301

Rumah sakit yang terpilih adalah Rumah Sakit Pemerintah Kelas B dan Rumah Sakit Swasta I dan Rumah Sakit Swasta II, di Jakarta. Kinerja ketiga rumah sakit di atas, disajikan pada Tabel 2.

Gambaran kinerja ketiga rumah sakit sebelum dan selama krisis mengalami perubahan yang hampir sama relatif tidak terjadi peningkatan dalam jumlah tempat tidur, tetapi penurunan pada BOR dan LOS. Dan yang berbeda hanya pada indikator TOI; di rumah sakit swasta I menurun, tetapi di rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta II meningkat.

Tabel 2. Kinerja rumah sakit pemerintah dan swasta di Jakarta, Tahun 1997 dan 1998

Indikator RS	RS. Pemerintah		RS. Swasta I		RS. Swasta II	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Σ Tempat Tidur	598	602	175	199	170	170
BOR	72,25%	66,62%	82%	67%	59,3%	57,4
LOS	7,29	6,71	4,6	4,2	6,70	6,18
TOI	2,81	3,40	6,6	5,8	4,75	5,74

Keterangan: BOR: *Bed Occupation Rate*, LOS: *Length of Stay*, TOI: *Turn Over Interval*, Σ: Jumlah

Tabel 3. Distribusi pasien kebidanan menurut usia berdasarkan Rekam Medik Tahun 1997 dan 1998

Usia (tahun)	RS.Pemerintah	RS.Swasta I	RS Swasta II
	Jumlah (%)	Jumlah (%)	Jumlah (%)
< 20	14 (6,2)	1 (0,4)	5 (3,4)
21–25	64 (28,4)	33 (14,7)	34 (23,0)
26–30	82 (36,4)	91 (40,4)	59 (39,9)
31–35	44 (19,6)	68 (30,2)	33 (22,3)
> 35	21 (9,3)	32 (14,2)	17 (11,5)
Total	225 (100)	225 (100)	148 (100)

Tabel 4. Prosentase pasien kebidanan menurut jumlah dan jenis obat yang diberikan dokter sebelum krisis (1997) dan selama krisis (1998).

Rumah Sakit	Jumlah jenis obat per lembar resep					
	1–3 jenis		4–6 jenis		≥ 7 jenis	
	1997 (%)	1998 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1997 (%)	1998 (%)
RS.Pemerintah	54,1	54,4	19,1	20,3	27,8	27,3
RS. Swasta I	31,8	53,4	13,2	10,1	35,0	36,6
RS. Swasta II	47,4	63,7	12,6	25,9	40,0	20,4

HASIL

Usia Pasien

Tabel 3 menyajikan data tentang usia pasien di ketiga rumah sakit penelitian.

Mayoritas kasus kebidanan terdapat pada wanita usia subur. Hanya sekitar 9–14% berusia di atas 35 tahun.

Pemberian obat

Jumlah jenis obat yang diberikan dokter kepada pasien kebidanan sangat bervariasi. Untuk kasus yang sama beberapa pasien diberi obat dengan jumlah jenis yang berbeda. Berdasarkan perbedaan jumlah obat yang diberikan kepada pasien tersebut, maka jumlah pasien dapat dikelompokkan dalam 3 (tiga) kelompok, sesuai dengan yang tercantum dalam Tabel 4.

Tabel 4 memberi gambaran tentang peresepan di rumah sakit pemerintah dan swasta dari sudut jumlah jenis obat yang dipreskripsi. Masalah *overprescribed* seperti tampak pada tabel di atas, terjadi peningkatan prosentase pemberian obat dengan jumlah 1 sampai 3 jenis obat pada masa krisis di kedua rumah sakit swasta yaitu dari 42% menjadi 53%, dan dari 47% menjadi 63%. Hal ini dapat disebabkan ketersediaan obat baik jenis maupun jumlahnya sangat terbatas, sehingga pola penulisan resep lebih ke arah pengurangan jenis obat, selain itu juga lebih diutamakan pemberian obat yang sangat esensial. Keadaan serupa penurunan prosentase pemberian obat dengan jumlah ≥ 7 jenis terjadi di rumah sakit swasta dari 40% menjadi 20%. Yang tidak kalah pentingnya adalah keadaan di rumah sakit pemerintah bahwa prosentase pemberian obat baik dalam jumlah 1 sampai 3, 4 sampai 6 maupun ≥

Tabel 5. Prosentase penggunaan obat generik untuk kasus kebidanan di rumah sakit sebelum (1997) dan selama krisis (1998)

Rumah Sakit	1997	1998
	Jumlah (%)	Jumlah (%)
RS. Pemerintah	210 (30,8)	179 (29,05)
RS. Swasta I	88 (7,67)	87 (7,80)
RS. Swasta II	53 (7,47)	83 (6,5)

Tabel 6. Biaya obat di rumah sakit sebelum krisis (1997) dan selama krisis (1998)

No.	Rumah Sakit	1997 (sebelum krisis)		1998 (selama krisis)	
		Σ kasus	Biaya Rata-rata	Σ Kasus	Biaya Rata-rata
1	RS. Pemerintah	112	Rp. 36.700,-	111	Rp. 79.300,-
2	RS. Swasta I	112	Rp. 254.000,-	113	Rp. 273.000,-
3	RS. Swasta II	75	Rp. 198.000,-	76	Rp. 406.000,-

Tabel 7. Biaya obat kasus kebidanan, menurut jumlah jenis obat yang diberikan, sebelum krisis (1997) dan selama krisis (1998) (Dalam Ribuan Rupiah)

Σ Jenis Obat	RS. Pemerintah				RS. Swasta I				RS. Swasta II			
	1997		1998		1997		1998		1997		1998	
	Σ	Rp	Σ	Rp	Σ	Rp	Σ	Rp	Σ	Rp	Σ	Rp
1-3	22	6,60	29	16,6	4	61,9	4	62,1	2	37,5	0	0
4-6	49	21,7	39	53,6	22	69,5	22	83,2	21	67,4	6	152
≥ 7	39	74,3	41	152	84	318	86	316	52	255	70	90

7 jenis obat sebelum dan sesudah krisis tidak terjadi pergeseran yaitu secara berturut-turut dari 54,1% menjadi 54,4%; dari 18,1% menjadi 18,3% dan dari 27,8% menjadi 27,3%. Hal ini kemungkinan karena penggunaan obat di sarana kesehatan pemerintah sebagian besar adalah obat generik (Ascobat Gani, 2000) yang pengadaannya pada saat itu baik jenis maupun jumlahnya diupayakan tetap untuk mencukupi kebutuhan pasien. Keadaan ini dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5 menunjukkan bahwa baik sebelum krisis atau selama krisis penggunaan obat generik tidak mengalami perubahan yang berarti baik di rumah sakit pemerintah yaitu $\pm 30\%$ maupun rumah sakit swasta yaitu $\pm 7\%$.

Biaya obat

Harga obat yang digunakan untuk menghitung biaya obat adalah harga eceran tertinggi yang berlaku di apotik maupun di rumah sakit baik pemerintah maupun swasta. Harga ini tanpa penambahan biaya

lain-lain. Melalui perkalian jumlah obat per item dengan harga obat eceran tertinggi dalam satu lembar preskripsi diperoleh biaya obat untuk suatu kasus tertentu. Tabel berikut menyajikan biaya rata-rata obat secara keseluruhan.

Tabel 6 menunjukkan bahwa biaya obat rata-rata meningkat, sebelum krisis dibandingkan dengan selama krisis, baik di Rumah Sakit Pemerintah maupun Swasta. Bahkan di Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta II kenaikan mencapai lebih dari 100%. Tabel 7 menyajikan informasi tentang biaya obat yang ditanggung oleh pasien kebidanan pada tahun 1997 dan 1998 berdasarkan jumlah jenis obat yang diberikan.

Tampak bahwa harga obat pada kasus kebidanan di rumah sakit pemerintah mengalami kenaikan tajam yaitu dari harga Rp.6.600,- menjadi Rp.16.600,- untuk peresepan 1 sampai 3 jenis obat, sementara untuk 4 sampai 6 jenis obat dari harga sekitar Rp. 21.000,- sebelum krisis menjadi Rp.53.000,- selama krisis. Demikian pula pada peresepan lebih dari 7 jenis,

kenaikan harga pada tahun 1998 mencapai dua kalinya sebelum terjadi krisis yaitu dari Rp. 74.300,- menjadi Rp. 152.000,-. Berbeda pada Rumah Sakit Swasta I dengan jumlah sampel yang relatif sama, harga obat disini tidak menunjukkan kenaikan yang tajam bahkan relatif menunjukkan angka yang sama. Tetapi pada persempitan 4 sampai 6 jenis obat terjadi kenaikan sekitar 50%. Sedangkan pada Rumah Sakit Swasta II sulit dibandingkan karena selain sampelnya sedikit juga masing-masing sampel tidak seimbang.

PEMBAHASAN

Biaya obat dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit

Biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit pada umumnya terdiri dari biaya rawat inap, tindakan keperawatan, tindakan medik, biaya pemeriksaan pendukung diagnosis, misalnya pemeriksaan laboratorium, radiologi, *CT scan*, dan lain-lain pemeriksaan spesifik serta biaya obat-obatan baik yang diberikan melalui preskripsi maupun melalui pembelian bebas. Dari seluruh biaya pelayanan kesehatan, sebanyak kurang lebih 40% merupakan biaya obat. Angka ini menunjukkan besarnya biaya obat dibandingkan dengan komponen lain dalam satuan biaya pelayanan kesehatan. Sejak krisis ekonomi terjadi di Indonesia pada pertengahan tahun 1997, harga obat saat itu mencapai 200%-300% dari harga sebelum krisis (Budiharto M, 2000).

Dalam ilmu ekonomi teori permintaan dan penawaran secara konvensional diasumsikan bahwa konsumen mempunyai cukup informasi untuk dapat melakukan pemilihan jasa atau komoditi yang dikonsumsi secara optimal, tetapi tidak selamanya teori ini berlaku secara sempurna dalam setiap pasar termasuk pasar pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan adanya *lack of knowledge* dan *uncertainty* dari pasien sebagai konsumen (Budiharto M, 2000).

Dalam pasar pelayanan kesehatan, pasien sebagai konsumen tidak dapat menentukan jasa atau komoditi yang mereka perlukan (*need*). Tetapi mereka memperoleh jasa atau komoditi yang dipilih oleh tenaga kesehatan walaupun nantinya seluruh biaya tersebut menjadi tanggungan pasien. Disini jelas adanya ketidak-tahuan pasien akan jasa atau komoditi yang diperlukan, sementara petugas kesehatan mengetahuinya. Oleh karenanya petugas kesehatan diharapkan dapat memberikan jasa atau

komoditi yang tepat, artinya dalam hal ini dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat dan optimal termasuk pemilihan obat-obatan yang tepat baik ditinjau dari segi farmakologi maupun dari segi ekonominya (Bootman J Lyle, 1998; Budiharto M, 2000).

Profil sumber data

a. Keadaan rumah sakit

Tiga rumah sakit studi yaitu rumah sakit pemerintah dan 2 (dua) rumah sakit swasta, yang berlokasi di Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Rumah sakit pemerintah yang dipilih adalah kelas B, sedang 2 (dua) rumah sakit swasta yang dipilih terletak di wilayah yang berbeda yaitu di Jakarta Timur dan Jakarta Selatan.

Gambaran kinerja suatu rumah sakit ditentukan oleh beberapa indikator antara lain *Bed Occupation Rate* (BOR) dan *Length Of Stay* (LOS), serta *Turn Over Interval* (TOI). *Bed Occupation Rate* (BOR) adalah prosentase penggunaan tempat tidur pada kurun waktu tertentu (satu tahun). Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit. Sedangkan *Length Of Stay* (LOS) yaitu rata-rata lama perawatan pasien di rumah sakit. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan bila diterapkan pada diagnosis *tracer*. BOR dan LOS di ketiga rumah sakit tersebut tidak ada perubahan yang berarti dari keadaan sebelum krisis dan selama krisis, berarti bahwa rata-rata penggunaan tempat tidur di ketiga rumah sakit tersebut sebelum dan selama krisis relatif sama. Demikian pula lama perawatan inap di rumah sakit. Menurut Ascobat Gani umumnya BOR rumah sakit di Indonesia masih rendah, seperti untuk RS kelas C hanya mencapai 50%–60%. Rendahnya BOR tersebut berkaitan dengan rendahnya *demand* terhadap rawat inap (Gani A, 2000).

b. Keadaan Rekam medik.

Suatu rekam medik yang baik harus memenuhi persyaratan 3 C, yaitu **clear** (jelas), **complete** (lengkap) dan **correct** (benar) (Fainter Jill, 1999). Pada umumnya cara penulisan rekam medik tidak jelas, dan tidak lengkap. Banyak kolom-kolom yang dibiarkan kosong khususnya pada kolom informasi tentang obat. Sebaiknya informasi tentang obat harus dipenuhi secara lengkap yaitu

nama obat ditulis dengan jelas, jenis dan jumlah obat yang diberikan harus lengkap, berapa kali harus diminum, berapa dosisnya, dan sejak kapan mulai serta kapan berhenti minum obat harus benar dan jelas.

c. Data Obat

Data obat yang dikumpulkan berasal dari lembar resep yang disertakan pada rekam medik. Tetapi ada pula rumah sakit yang tidak melampirkan lembar resep di rekam medik. Dalam keadaan seperti ini, data obat diupayakan diperoleh dari apotik atau dari Bagian Keuangan terutama bagi rumah sakit swasta. Biasanya di rumah sakit swasta Bagian Keuangan menyimpan dokumen pembayaran pasien rawat inap termasuk dokumen pelayanan obat, yang dalam hal ini adalah lembar resep. Sementara di rumah sakit pemerintah disesuaikan dengan buku petunjuk standar terapi yang berlaku di rumah sakit tersebut.

Disamping itu, hal yang sama ditemui di ketiga rumah sakit adalah adanya ketidakjelasan tulisan petugas kesehatan baik dokter atau perawat yang bertugas. Dari temuan-temuan yang diperoleh ini, ternyata sebagian besar rekam medik yang dijumpai sebagai sampel terutama di rumah sakit pemerintah terkesan tidak memenuhi syarat (Budiharto M, 1999).

Profil pelayanan obat untuk kasus kebidanan

Jumlah jenis obat yang diberikan dokter kepada pasien kebidanan sangat bervariasi seperti kasus yang sama pada beberapa pasien diberikan jenis dan jumlah obat yang berbeda. Di rumah sakit pemerintah pemberian obat pada pasien kebidanan antara 1 sampai 3 jenis relatif tidak berbeda bila dibandingkan sebelum krisis dengan selama krisis yaitu dari 54,1% menjadi 52,4%; 4 sampai 6 jenis obat dari 18,1% menjadi 20,3%; lebih dari 7 jenis obat dari 27,8% menjadi 27,3%. Tetapi di rumah sakit swasta pola peresepan berdasarkan jumlah jenis obat sebelum dan selama krisis menunjukkan perubahan yang tidak konsisten. Yang paling menonjol adalah perubahan di rumah sakit swasta untuk pemberian obat 1 sampai 3 jenis, tampak terjadi peningkatan dari sebelum krisis dibandingkan selama krisis yaitu dari 31,8% menjadi 53,4% untuk Rumah Sakit Swasta I, sedangkan Rumah Sakit Swasta II dari 47,4% menjadi 63,7%. Keadaan ini menunjukkan terjadi upaya menurunkan

biaya pelayanan obat selama krisis walaupun tidak ditemukan bahwa pemberian obat lebih dari 7 jenis berkurang (Budiharto M, 1999).

Prosentase penggunaan obat generik untuk kasus kebidanan sebelum dan selama krisis tidak mengalami perubahan baik di rumah sakit pemerintah (30%) maupun di rumah sakit swasta (7%). Demikian pula di Rumah Sakit Swasta I dari 11,6% menjadi 13,8% sementara di Rumah Sakit Swasta II meningkat hampir dua kali dari 6,94% menjadi 12,8%. Keadaan ini kemungkinan merupakan salah satu upaya rumah sakit swasta untuk menurunkan biaya obat dengan memberikan obat jenis generik pada masa krisis karena harga obat paten pada saat itu melambung mencapai 200%–300% dari harga obat sebelum krisis. Hal yang sama, pada hasil penelitian dampak krisis ekonomi terhadap harga obat di beberapa kota di Indonesia yang dilaksanakan pada tahun 1998 menyatakan bahwa penggunaan obat generik di rumah sakit pemerintah meningkat dari 5% menjadi 11% (Budiharto M, 1998).

Bila dikaji lebih lanjut mengenai penggunaan obat di rumah sakit pemerintah, yang ternyata penggunaan obat generik baru mencapai paling tinggi 30%. Keadaan ini masih dibawah target yang diharapkan, mengingat adanya kebijakan Departemen Kesehatan yang memberlakukan peraturan tentang kewajiban menuliskan obat generik di unit pelayanan kesehatan pemerintah. Di sisi lain, masih banyak obat-obat untuk keperluan kebidanan dan kasus kandungan tidak diproduksi sebagai obat generik.

Pemberian obat untuk terapi suatu penyakit sebenarnya tidak dapat dilihat secara tepat dengan menggunakan kriteria jumlah jenis obat yang diberikan pasien oleh dokter. Yang paling tepat adalah menggunakan perhitungan sesuai dengan dosis yang diperlukan. Di sini data dalam rekam medik tentang pemberian obat kepada pasien sangat bervariasi sehingga dalam analisis hanya berdasarkan pengelompokan jumlah jenis obat yang diberikan dokter (Hidayati, 2001).

Biaya obat

Kajian biaya obat dibedakan antara biaya obat sebelum krisis pada tahun 1997 dan biaya obat selama krisis pada tahun 1998. sebelum krisis Rp.36.700,- menjadi Rp.79.300,- selama krisis berlangsung, di Rumah Sakit Swasta II, biaya obat

Rp. 198.000,- sebelum krisis menjadi Rp. 406.000,- selama krisis. Sedangkan di rumah sakit pemerintah pada pemberian obat lebih dari 7 jenis, biaya obat naik sangat drastis dari Rp. 74.300,- sebelum krisis menjadi Rp. 152.000,- selama krisis.

Terjadi kenaikan biaya obat sangat jelas akibat krisis ekonomi mencapai 100%. Sementara di rumah sakit swasta I tidak terdapat kenaikan yang berarti baik untuk pemberian jenis obat 1 sampai 3, 4 sampai 6, atau lebih dari 7 jenis.

Di Rumah Sakit Swasta II nampaknya tidak dapat dibandingkan karena jumlah sampel tidak seimbang sebelum krisis dan selama krisis.

KESIMPULAN

Dari hasil pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut.

Secara umum kesan terhadap rekam medik di ketiga rumah sakit terpilih masih belum memenuhi persyaratan 3-C, yaitu **clear, complete, dan correct**, terutama di rumah sakit pemerintah.

Profil pelayanan obat di rumah sakit pemerintah sebelum dan selama krisis tetap, perubahan untuk 1 sampai 3 jenis, 4 sampai 6 jenis dan lebih dari 7 jenis. Pemberian obat generik baik di rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta masih belum optimal. Hasil perhitungan biaya obat di rumah sakit pemerintah meningkat lebih dari 100% dari sebelum krisis dan selama krisis dari Rp.36.700,- menjadi Rp.79.300,-. Untuk pemberian obat dalam jumlah ≥ 7 jenis dari Rp.74.300,- menjadi Rp.152.000,-. Dan biaya obat di rumah sakit swasta II, dari Rp.198.000,- menjadi Rp.406.000,-.

SARAN

1. Perlu peningkatan kelengkapan penulisan informasi dalam Rekam Medis di rumah sakit, baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta.
2. Perlu lebih ditingkatkan penulisan resep obat generik, di rumah sakit pemerintah sehingga dapat tercapai secara optimal.
3. Perbandingan biaya obat suatu kasus dalam dua kurun waktu yang berbeda akan bila tidak diperoleh jumlah kasus yang relatif sama dan cukup besar sehingga hal tersebut perlu diupayakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Gani, Ascobat, 9 September 2000. Aspek Ekonomi Pelayanan Rumah Sakit, *Seminar Aspek Ekonomi dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan, Forum Farmasi Untuk Masyarakat*, Jakarta.
- Bootman, J.Lyle, Ph.D., et al, 1998. "Principles of Pharmacoeconomics", USA: Wharvey Whitney Books Co.
- Budiharto, M., 1998. *The Impact of Economics Crisis Upon Drug Services at Several Cities in Indonesia*, Report Study for World Bank.
- Budiharto, M, dkk, 1999. *Penelitian Biaya Obat untuk 3 Penyakit (Kebidanan, Kandungan dan Perinatal)*, Rawat Inap di Rumah Sakit, Jakarta.
- Fainter Jill, et al "Authentication of Medical Record Entries", *Journal of America Health Information Management Association*, 1999.
- Hidayati W. B., 2001. Rasionalisasi Penggunaan Obat, *Medika, Jurnal Kedokteran dan Farmasi* No. 1 Tahun XXVII.
- Indonesia, Departemen Kesehatan, 1997. *Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995*. Jakarta.